



Verificación de licencia y petición de reportes de negligencia

Revisado 10/2017

Información del solicitante:

Nombre		Fecha	
Nombre de la compañía (si corresponde)		Teléfono preferido	
Dirección de correo postal	Ciudad	Estado	Código postal
Correo electrónico	Fax <i>Que no sea un fax internacional</i>		
Método de envío:	<input type="checkbox"/> Correo postal	<input type="checkbox"/> Fax	<input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Para recogerse

Enviar a: Igual que arriba

Nombre		Fecha	
Nombre de la compañía (si corresponde)		Teléfono preferido	
Dirección de correo postal	Ciudad	Estado	Código postal
Correo electrónico	Fax <i>Que no sea un fax internacional</i>		

Datos individuales -

- Reporte de verificación de licencia**
(Incluye órdenes de la Junta cuando corresponda)
\$10.00 por nombre
Las órdenes de 5 o más son \$7.50 por nombre

- Reporte sobre búsqueda de negligencias individuales**
\$10.00 por nombre
No hay descuentos por volumen

Nombre y profesión del licenciario solicitado:

Número de licencia:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____



Verificación de licencia y petición de reportes de negligencia

Revisado 10/2017

Pago con tarjeta de crédito

Nota: Toda la información de pago es confidencial para uso exclusivo de la Junta Médica de Oregon.

NO ENVÍE POR CORREO ELECTRÓNICO ESTE FORMULARIO DE PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO

<hr/>		\$ Cantidad
Nombre de la compañía		
<hr/>		
Nombre con letra de molde como aparece en la tarjeta		
<hr/>		<hr/>
Firma	Número de teléfono y código de área	
<hr/>		
Dirección de correo postal del titular de la tarjeta		
<hr/>		<hr/>
Número de tarjeta de crédito – VISA, MASTERCARD O DISCOVER	Fecha de expiración	